

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOUIS LAURENT

Né à Angoulême (Charente), le 10 Mars 1902

ETUDE

DES

APPLICATIONS DE FORCEPS

Faites à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
pendant cinq ans (1925-1929)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOUIS LAURENT

Né à Angoulême (Charente), le 10 Mars 1902

E T U D E

DES

APPLICATIONS DE FORCEPS

Faites à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
pendant cinq ans (1925-1929)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et psy- chiatry.	JOANNON Hygiène.
AUBERTIN . Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale	LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
BROCQ. Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngolo- gie.
BRULÉ Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgic.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
CATHALA Pathologie médicale .	LIAN Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale	MILLOT Histologie
CHALLEY-BERT. Physiologie.	MONDOR. Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgi- cale.	MOULONGUET . Pathologie chirurgic.
DOGNON Physique.	MOURE. Pathologie chirurgic.
DONZELOT Pathologie médicale.	MULON Histologie
ÉCALLE Obstétrique.	OBERLING Anatomie pathologi- que.
FEY Urologie	OLIVIER Anatomie.
GARNIER Pathologie expéri- mentale.	PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
GASTINEL Bactériologie.	PORTES Obstétrique.
GATELLIER Pathologie chirurgi- cale.	QUÉNU Pathologie chirurgi- cale.
GIROUD Histologie.	RICHET Physiologie.
HARVIER Pathologie médicale.	SAUNIÉ Chimie biologique.
HAZARD Pharmacologie.	SÉZARY Dermatologie et sy- philigraphie.
HOVELACQUE . Anatomie.	VALLERY-RADOT (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
HUGUENIN . . . Anatomie pathologi- que.	VAUDESCAL . . . Obstétrique.
HUTINEL Pathologie médicale.	VELTER Ophtalmologie.
	VERNE Histologie.
	VIGNES Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT Obstétrique.	RETTERRER . . . Histologie.
LEQUEUX Obstétrique.	ZIMMERN Physique.
LEROUX Anatom. pathologique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LAIGNEL-LAVASTINE . .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT (agrégé)	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Enlevée trop tôt à notre affection.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

ET DE MA GRAND'MÈRE

*Qui nous donnèrent toujours l'exem-
ple d'une vie droite et désinté-
ressée.*

A MON PÈRE

*Qui a toujours fait jusqu'au sacrifice
pour assurer l'avenir de son fils.*

A MON ONCLE AUGERAUD

*En gage de profonde affection et de
reconnaissance pour tout ce qu'il a
fait pour moi.*

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ BAUDELOCQUE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

*Hommage de respectueuse reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR LE LORIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL BOUCICAUT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé à chaque ins-
tant de ses conseils.*

A MES MAITRES A L'ECOLE DE MÉDECINE
DE POITIERS

A M. LE PROFESSEUR LATRONCHE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A L'ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a donné les preuves d'une
constante sollicitude et dirigé nos
premières études médicales.
Qu'il trouve ici l'assurance de mes sen-
timents affectueux.*

M. LE DOCTEUR LE BLAYE.

M. LE DOCTEUR MORICHAUD-BEAUCHANT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHRETIEN (*in me-
moriâ*).

M. LE DOCTEUR BARNSBY.

M. LE DOCTEUR PERDOUX.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR ACHARD.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY.
M. le PROFESSEUR OMBREDANNE.
M. LE PROFESSEUR LEGUEU.
M. LE PROFESSEUR SICARD (*in memoriam*).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.
M. LE DOCTEUR ROUILLARD.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY.

MEIS ET AMICIS

M. le docteur Le Lorier nous a proposé l'étude des applications de forceps faites dans son service de la Maternité de Boucicaut pendant 5 ans (1925-1929 inclus).

Nous voulons le remercier ici, d'avoir bien voulu nous confier ce travail, qu'il nous permette d'ajouter à ces remerciements l'expression de toute notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous donna et pour toutes les marques de sympathie qu'il voulut bien nous accorder pendant le cours de nos études médicales.

Avant-Propos

Nous avons en vue dans cet ouvrage, l'étude des applications de forceps pratiquées pendant cinq années à la Maternité de l'hôpital Boucicaut.

Pendant ces cinq ans de 1925 à 1929 inclus) nous avons relevé 363 observations d'application de forceps.

Nous étudierons ces cas dans l'ordre suivant :

- 1°) LES APPLICATIONS DE FORCEPS A LA VULVE.
- 2°) LES APPLICATIONS DE FORCEPS DANS L'EXCAVATION.
- 3°) LES APPLICATIONS DE FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Nous indiquerons les indications de l'application, ces indications pouvant relever tout aussi bien de l'état du fœtus que de l'état de la mère, parfois des deux à la fois. Nous les classerons en causes fœtales et causes maternelles :

Dans les premières nous comprenons indistinctement les cas de souffrance fœtale (compressions du cordon, hémorragie rétro-placentaire, etc.) et les

cas ou survient un obstacle imprévu au dynanisme jusque là normal de l'accouchement (lenteur du travail, non progression, défaut de rotation de la tête, etc.) que le fœtus en subisse ou non les conséquences. Dans ce cas, l'accoucheur se trouve dans l'obligation d'avoir recours au forceps, soit simplement pour aider la nature, soit pour terminer rapidement l'accouchement si la souffrance de l'enfant vient s'ajouter au dynanisme entravé.

DU COTÉ MATERNEL, nous distinguerons les indications en :

1°) Indications obstétricales : inertie utérine, mauvaise paroi abdominale, bassin vicié, à sacrum accessible au loin. Résistance des parties molles. Cas où la pubiotomie dut parfois précéder une application de forceps.

2°) Indications médicales (fatigue de la mère, cardiopathie, éclampsie, bacillose ou autres maladies infectieuses. etc...

Nous étudierons ensuite les conséquences des interventions avec le forceps, sur l'enfant et sur la mère, et nous ferons la division suivante :

1°) CONSÉQUENCES FOETALES.

Mortinatalité.

Mortalité.

Lésions traumatiques.

2)) CONSÉQUENCES MATERNELLES.

Morbidité maternelle.

Mortalité maternelle.

Pour conclure nous interpréterons les résultats
fournis par l'étude de ces observations.

PREMIERE PARTIE

I

Applications de Forceps à la Vulve. - 75 cas

Nous relevons 75 observations d'applications de forceps à la vulve.

A la vulve le forceps fut appliqué :

71 fois en position O. P.

3 fois en position O. S.

1 fois en position M. P.

1°) Applications en O. P.

Nous relevons 71 cas ainsi répartis.

Indications venant du fœtus. — 53 cas.

Dans 4 cas. il s'agissait de souffrance fœtale (compressions du cordon).

Dans 1 cas (observation n° 952, *année 1926*) il s'agissait d'une *hémorragie rétro-placentaire* chez une primipare de 23 ans qui a présenté pendant toute sa

grossesse de l'hypertension et de l'albumine avec œdème des membres inférieurs.

Indications maternelles. — 18 cas.

1° INDICATIONS OBSTÉTRICALES. — 9 cas ainsi répartis :

Il s'agit 2 fois d'insuffisance de la musculature abdominale.

2 fois d'inertie utérine.

2 fois de résistance périnéale.

2 fois d'hypertonie utérine : dans l'obs. n° 939, année 1928, on fit l'accouchement selon la méthode de DELMAS (voir plus loin, page 20).

1 fois : (observation 1221, année 1926) il s'agissait d'un bassin vicié, on appliqua le forceps après avoir fait une pubiotomie.

INDICATIONS MÉDICALES. — 9 cas.

On est intervenu 4 fois pour cardiopathie. Dans ces 4 cas c'est toujours un rétrécissement mitral qui en est cause. Dans l'observation n° 2000, année 1929, il se produisit une décompensation brutale pendant la grossesse avec souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

2 fois pour bacillose, dans un cas la mère présentait un pneumothorax artificiel.

1 fois pour menace d'éclampsie.

APPLICATIONS EN O.S. — 3 cas :

On appliqua le forceps :

1 fois pour œdème du col.

1 fois pour souffrance fœtale, dans ce dernier cas le fœtus fut extrait en O.S. pour éviter tout heurt que la rotation aurait pu lui faire subir. Il présentait de nombreux circulaires et ne put pas être ranimé. (observation n° 917, année 1927).

1 fois pour bassin vicié (luxation congénitale bilatérale) on fit une pubiotomie avant d'appliquer le forceps (ob. 2253, année 1926).

APPLICATION EN M. P. — 1 cas.

Il s'agit d'une application pour souffrance fœtale dans une présentation du front transformée en face (ob. 1804, année 1925), accouchement prématuré à 8 mois et demi.

OBSERVATIONS

Année 1925. — Obs. n° 1804. Application de forceps en M. P. pour souffrance fœtale, dans un cas de présentation du front transformée en face.

III pare : Femme de 21 ans. Deux accouchements normaux à terme, deux enfants vivants ; pas d'antécédents du côté du bassin ; rougeole dans l'enfance ; dernières règles 25 janvier 1925. Cette femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse. Elle entre à la Maternité de Boucicaut le 28 octobre 1925. L'examen révèle une grossesse de 8 mois et demi environ. Hauteur utérine 30 cm. Bruits du cœur satisfaisants. Tête engagée,

dos à gauche. En outre, on remarque que la malade perd continuellement un liquide légèrement teinté de sang. Trois heures après son admission, rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique sanguinolent. La femme fait alors des efforts expulsifs, le périnée bombe et on aperçoit une tête qui est encore assez loin. Les bruits du cœur sont normaux.

La tête ne progressant pas, malgré les douleurs et les efforts de la parturiente, et, d'autre part, les bruits du cœur devenant soufflants et irréguliers, on décide de faire une application de forceps.

Anesthésie au chloroforme. Le toucher révèle une présentation du front. Tête petite et mal ossifiée.

Le forceps est appliqué et on pratique des tractions lentes et modérées. Malgré ces précautions on voit la tête se défléchir et le nez se caler définitivement sous la symphyse.

Les branches du forceps tendent à déraper. On défléchit complètement la tête en amenant le front sous la symphyse.

On fait alors une nouvelle application du forceps sur la face en M. P.

Grande résistance des parties molles. L'auscultation révèle des bruits du cœur de plus en plus mauvais. On fait alors une épisiotomie latérale droite et on extrait rapidement un fœtus de 2.460 gr. présentant un circulaire serré autour du cou — L'enfant est ranimé.

L'utérus se contracte mal, la femme a tendance à saigner. On fait 1/4 de cm³ d'hypophyse. Un quart d'heure plus tard, délivrance naturelle et complète pesant 510 gr. Insertion velamenteuse du cordon. Longueur 40 cm., comportant un circulaire serré autour du cou du fœtus, ce qui expliquerait la lenteur de la période d'expulsion chez une III-pare.

Année 1926. — Observ. n° 2253 (Résumé). Application de forceps après *pubiotomie*, pour bassin vicié.

I pare de 22 ans. Luxation congénitale bilatérale, mais sans

rétrécissement très marqué du bassin. Lordose. Démarche en canard.

On avait porté un pronostic favorable, mais on s'aperçoit que le travail est long et très pénible.

La tête était sur le périnée en O. S., au moment où M. Le Lorier décida d'intervenir, étant donné la lenteur de la progression et la souffrance fœtale.

Les membranes étant rompues depuis 24 heures, M. Le Lorier voulut faire une application de forceps simple, mais pensant avec raison qu'il aurait de grosses difficultés pour extraire les épaules et voulant éviter à l'enfant un surcroît de traumatisme que celui-ci n'aurait sans doute pas pu supporter, il se décide pour une pubiotomie sous-cutanée à la scie de Gigli, suivant sa technique habituelle.

On fit alors une application de forceps, et la rotation ayant été impossible, le fœtus fut extrait en O. S. Enfant vivant.

Lésions périnéales nulles, mais après l'intervention, M. Le Lorier constate une petite déchirure de la paroi du vagin communiquant avec le foyer de section.

Délivrance naturelle et complète.

Année 1928. — Obs. 939. — Accouchement selon la *méthode de Delmas* pour hypertonie utérine.

Cette hypertonie utérine existait depuis quelques jours. Il importait de vérifier le diagnostic de la présentation et de la variété de position. Les bruits du cœur sont lents, mais bien frappés.

Après anesthésie rachidienne (introduction de 1 cm³ de novocaïne sans soustraction de liquide, ni barbotage), la femme est mise en position obstétricale.

M. Le Lorier explore au doigt l'orifice utérin qui est souple mais épais. Il admet facilement une bougie de Hégar n° 18. Essai de mise en place d'un ballon de Champetier qui est expulsé dans le vagin au fur et à mesure qu'on le gonfle. À ce

moment, on constate une dilatation intermédiaire entre petite et grande paume de main.

Au bout de 20 minutes le col est assez souple, et M. Le Lorier a l'impression qu'il serait assez facilement dilatable.

Rupture artificielle de la poche des eaux, il s'écoule une petite quantité de liquide, la tête faisant bouchon, d'ailleurs solidement maintenue dès le début par un aide, dans le but d'éviter une procidence éventuelle du cordon.

Application de forceps Tarnier faite par erreur en O. P., l'occiput étant en D. P. tout près du sacrum. Des tractions soutenues appuient fortement la tête sur le col et M. Le Lorier pratique un massage progressif tout autour du canal cervical.

On finit l'extraction en faisant une grande rotation de 135° de droite à gauche. Garçon vivant pesant 4 kgs 700.

Au toucher, on constate deux déchirures du col dans les méridiens de 10 et de 16 heures. Délivrance artificielle ramenant un arrière-faix paraissant complet. Poids : 750 gr.

L'enfant présente quelques érosions aux tempes. On met un crin du côté droit.

Hémorragie à ce niveau deux jours plus tard.

NOTE SUR LA DILATATION (M. Le Lorier).

« La dilatation ne s'est pas faite à beaucoup près avec la
« facilité indiquée par Delmas ; de plus, le mécanisme nor-
« mal de l'effacement et de la dilatation n'a pas été repro-
« duit (naturellement) — Au moment de l'introduction de la
« main guide, en vue de l'application de forceps, l'orifice in-
« terne du col formait un anneau résistant qui ne s'est laissé
« franchir qu'avec peine sous la pression de la tête. — La
« portion sous-jacente du col répondant au museau de tan-
« che a cédé comme il est dit dans l'observation, et l'on peut
« se demander si une version n'aurait pas eu une terminai-
« son fatale pour le fœtus par incarcération de la tête der-
« nière. C'est du reste pour cette raison que le forceps a été
« choisi de préférence ».

« En somme, accouchement forcé avec tous les inconvénients et ses dangers, légèrement facilité peut-être plus par l'anesthésie, que par le relâchement musculaire du canal « servico-segmentaire ».

II

Applications de Forceps dans l'Excavation. - 282 cas

APPLICATIONS EN G. A.

108 CAS

INDICATIONS TIRÉES DU FOETUS. — 78 cas.

Il s'agissait 7 fois de compression du cordon par circulaires serrées. Dans l'obs. n° 1049 de l'année 1929, la procidence était irréductible. L'enfant ne put être ranimé.

Dans 55 cas le *forceps fut appliqué pour longueur du travail et non progression de la tête.*

Dans l'obs. n° 2115 année 1926, la rotation fut impossible, on dut abandonner le forceps pour recourir à la version podalique et la manœuvre de Mauriceau ne put s'effectuer qu'après anesthésie et injection de morphine. *Enfant mort-né.*

Dans l'observation 1129, année 1929, l'application fut faite irrégulièrement suivant le diamètre

occipito-frontal. L'enfant mourut 10 heures après sa naissance.

Dans l'observation 2235, année 1927, la prise fut également irrégulière, le col étant difficilement dilatable.

Indications maternelles. — 30 cas.

1°) INDICATIONS OBSTÉTRICALES. — 14 cas ainsi répartis :

6 cas d'inertie utérine.

Dans l'observation 1415 bis, année 1926, l'enfant ne put être ranimé (la mère présentait en outre un érysipèle de la face).

1 fois (obs. 2328, année 29), bassin vicié, sacrum accessible au loin, application de forceps après pubiotomie, prise irrégulière.

2 cas d'œdème du col.

3 cas de résistance du périnée.

2 cas de malformation utérine (un utérus en sablier, un utérus cordiforme).

Dans l'observation 1692 de l'année 1926, le forceps fut appliqué en G. A. après réduction d'une présentation en M. I. G. T.

INDICATIONS MÉDICALES. — 16 cas.

Dans ces 16 cas, on est intervenu :

5 fois pour bacillose.

5 fois pour cardiopathie.

5 fois pour fatigue générale de la mère.

1 fois pour hypertension.

OBSERVATIONS

Année 1926. — Obs. n° 1692. Application de forceps sur présentation de la face transformée en sommet (O. I. G. A.) par la manœuvre de Baudelocque.

I pare de 17 ans : bassin vicié, promontoire accessible à 10 cm. 9, lignes innominées entièrement explorables, faux promontoire lombaire.

M. Le Lorier conseille la transformation en présentation du sommet par la manœuvre de Baudelocque. Sous anesthésie générale au chloroforme, introduction de la main droite qui va empaumer l'occiput et transformer aisément la présentation de M. I. D. T. en O. I. G. A. sans que l'aide ait besoin de se préoccuper de courber le fœtus suivant son attitude normale de flexion qui a été obtenue spontanément.

La femme se cyanose, ne respire plus et tombe en syncope. On pratique la respiration artificielle, la syncope cesse, l'auscultation des bruits du cœur révèle qu'ils sont extrêmement ralentis. Il s'écoule un liquide vert épinard.

On envisage une application de forceps au D. S., mais on y renonce devant les difficultés qui pourraient résulter d'un utérus contracturé se dessinant sous la paroi, à ce moment les bruits du cœur deviennent meilleurs.. M. Le Lorier conseille d'attendre des contractions utérines spontanées.

La femme est examinée une heure plus tard. Elle commence à pousser et M. Le Lorier constate une présentation en G. A., il décide une application au forceps. Extraction d'une fille vivante, désobstruée. Délivrance naturelle et complète, périnée intact.

Année 1929. — Obs. n° 2328. Application de forceps après pubiotomie pour bassin vicié et promontoire accessible. P. S. P. = 10,2, prise irrégulière.

I pare de 25 ans chez laquelle on a constaté un rétrécissement du bassin. Le diamètre promonto-sous-pubien est à 10,2. Les lignes innommées sont entièrement explorables, 10 cm. sacrum concave.

La femme est entrée en travail le 21 octobre 1929, dans la soirée.

Le 22 octobre à 11 heures, M. Le Lorier examine la malade. Voici les résultats de cet examen : la femme présente des contractions régulières et assez intenses, la hauteur utérine est de 40 cm., dans l'intervalle des contractions l'utérus est bien détendu, néanmoins il y a des signes très nets d'hydramnios, ce qui explique en partie, outre le rétrécissement pelvien, la hauteur et la mobilité de la présentation.

Le palper mensurateur montre qu'il n'existe qu'une faible disproportion entre la tête et le bassin ce qui permet d'espérer la possibilité d'un accouchement naturel.

En conséquence, M. Le Lorier donne les indications suivantes.

Laisser la dilatation se poursuivre.

Faire un toucher, dans la soirée, et rompre les membranes avec les précautions d'usage, lorsque la dilatation sera bien complète.

Puis attendre le plus longtemps possible.

Les bruits du cœur sont bons.

Le 22 octobre à 16 h. 15 : rupture spontanée des membranes donnant issue à un liquide abondant et clair. A 17 heures, légère descente de la tête qui ne progresse plus au cours de la soirée. La hauteur utérine n'est plus que de 30 cm.

Le moignon de l'épaule est à 7 cm. au-dessus du pubis.

Contractions douloureuses et fortes, espacées de 5 à 6 minutes. Elles deviennent plus fréquentes à partir de 23 heures,

les bruits du cœur sont réguliers mais rapides, on fait 1 cm³ de morphine.

Le 2 octobre à 11 heures, M. Le Lorier décide une *pubiotomie*.

Le sondage préparatoire ramène des urines claires.

Introduction de l'aiguille à gauche de la ligne médiane. Section à la scie de Gigli du corps du pubis gauche, il en résulte une hémorragie peu abondante.

Hémostase par tamponnement pré et rétro-pubien durant 6 minutes. L'abduction des cuisses donne un écartement de 3 cm. et demi environ, cet écartement est largement suffisant.

Application de forceps dans la partie haute de l'excavation, en position directe, sans tenir compte de l'orientation de la tête qui est en O. I. G. A. Traction modérée mais continue. La tête descend, on voit la lèvre antérieure du col œdématiée qui remonte assez rapidement, on retire le forceps. On extrait facilement, par expression abdominale et périnéale, une fille vivante pesant 3.490 gr. qui a crié aussitôt après désobstruction.

Aucune lésion périnéale ni vaginale.

Déchirure latérale du col n'atteignant pas le fond des culs-de-sac vaginaux. Délivrance naturelle et complète pesant 660 gr. Sonde de Petzer à demeure pendant 3 jours.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS CHEZ LA FEMME :

Le 5 décembre (environ 40 jours après l'intervention), il persiste un léger œdème du pied et de la région malléolaire, surtout marqué après la station assise ou debout prolongée. A la marche la femme boite un peu, elle traîne légèrement le pied gauche, mais elle dit ne pas souffrir en marchant.

Au niveau de la ceinture pelvienne il est impossible de provoquer une mobilité anormale au niveau du trait de section de pubiotomie.

APPLICATIONS EN C. T.

46 CAS

INDICATIONS TIRÉES DU FOETUS. — 30 cas.

Dans 18 cas, on eut recours au forceps pour non-progression et défaut de rotation de la tête.

Dans l'observation n° 1600, année 1925, il s'agissait de brièveté accidentelle du cordon. On fit une prise oblique à cause de la saillie du promontoire. 2 fois, il s'agissait de compression du cordon, dont une procidence chez un deuxième jumeau (dans l'observation 1363 bis, année 25). Il y avait un excès de liquide amniotique. L'enfant fut extrait macéré.

INDICATIONS MATERNELLES. — 16 cas.

Causes obstétricales. — 9 cas.

3 cas d'inertie utérine, dans un cas l'utérus était en sablier.

2 cas d'insuffisance des muscles abdominaux.

1 cas — bassin vicié — la mère présentait une luxation congénitale de la hanche (obs. 486, année 1927).

Dans l'observation n° 1670, année 27, le rétrécissement pelvien compliqué d'une résistance du col rendit l'application du forceps infructueuse et on dut avoir recours à la version podalique.

Observation 2064, 26. Présentation de la face dans

un bassin légèrement vicié. On fit une symphyséotomie.

INDICATIONS MÉDICALES. — 7 cas.

Dans 2 cas, il s'agissait d'éclampsie.

1 fois de cardiopathie.

2 fois de bacillose.

1 fois de fatigue générale de la mère.

Dans l'observation n° 1241, année 28, on fit l'accouchement selon la méthode de Delmas, pour longueur du travail, œdème du col et mauvais état général de la femme.

OBSERVATIONS

Année 1925. — Obs. 1363 bis. Application de forceps pour souffrance fœtale, excès de liquide.

II^e geste et I Pare de 37 ans. Première grossesse en 1920, avortement de deux mois. Réaction B. W. négative.

Le 15 avril 1925, cette femme est venue consulter à Boucicaut parce qu'elle était enceinte de 4 mois et demi environ. L'examen révèle un excès de liquide amniotique, une tête en bas, haut située, un bassin normal.

La femme revient à la Maternité le 2 août avec diagnostic de grossesse gémellaire. Examinée par M. Vignes, celui-ci constate qu'il s'agit d'une grossesse simple, avec un gros enfant, sommet engagé en G. T., bruits du cœur extrêmement rapides et très soufflants, liquide vert noirâtre, le col est souple, dilatation 2 francs, état général satisfaisant.

A 15 heures M. Vignes prescrit 1 cm. 3 de morphine et n'intervient pas.

A 16 heures, M. Portès examine à son tour la malade : il constate une grossesse simple, dilatation comme deux francs, col souple. Il n'intervient pas lui non plus.

A 21 heures les contractions utérines deviennent très violentes, la température de la femme atteint 39, 8, la dilatation est comme 5 francs, les bruits du cœur sont à peu près normaux. Le lendemain à midi, la dilatation est à petite paume, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Anesthésie rachidienne : Incision du col sur sa lèvre antérieure, application de forceps en G. T. La tête est extraite, dystocie de l'épaule, le fœtus est mort et très macéré, on fait une désarticulation de l'épaule postérieure, le bras antérieur est abaissé et on extrait un garçon de 4.630 gr. Physométrie, odeur putride.

Délivrance artificielle immédiate, suivie de lavage intra-utérin à la liqueur de Labarraque, tamponnement utérin et vaginal, périnée déchiré n'est pas restauré ; l'anus reste intact.

Au moment de l'application du forceps la femme qui ne souffre pas accuse une sensation étrange d'étouffement. Elle est dyspnéique, à demi assise sur son lit, on lui injecte 0 gr. 50 de caféine, 10 cm³ d'huile camphrée ; le poulx se rétablit, l'état général devient meilleur. Cette amélioration se maintient pendant 2 heures.

A 10 heures, frissons, cyanose, poulx incomptable, étouffements, injection de caféine, huile camphrée, sérum adrénaliné. Ether.

L'éther seul semble agir, et l'état général s'améliore et reste bon par la suite. L'utérus est resté dur et petit, remontant à peine au-dessous de l'ombilic.

Le travail avait duré 83 heures.

Année 1926. Obs. 2064. — *Application de forceps et symphysiotomie dans une présentation de la face.*

I pare de 21 ans. Présentation de la face. Bassin vicié. M. Le Lorier voyant que la progression de la tête ne se fait pas,

tente par la manœuvre de Baudelocque, de transformer la présentation de la face en présentation du sommet, mais sans succès. Il tente alors une application au forceps en M. I. G. T., mais la tête ne progresse pas. Il a alors recours à une symphyséotomie à la scie de Gigli. L'extraction est faite en M. P. Poids de l'enfant : 3.760 gr. Délivrance naturelle et complète. Suites de couches normales. La mère quitte la Maternité sans boiterie, ni troubles urinaires. L'enfant meurt malheureusement d'infection amniotique le 5^e jour.

Année 1928. — Obs. 1241. — *Accouchement selon la méthode de Delmas.*

I pare de 39 ans, envoyée à Boucicaut par une sage-femme de la ville pour rupture prématurée de la poche des eaux et dilatation comme 2 francs.

M. Le Lorier constate une tête en bas engagée, dos à gauche, bruits du cœur satisfaisants. Col souple, dilatation 2 francs. Bosse séro-sanguine en formation, sacrum accessible au loin ; il fait injecter à cette femme 1 cm³ de morphine. Elle se repose un peu et quelques heures plus tard les douleurs reviennent très faibles et très espacées. L'interne (Marie) constate de l'œdème du col et aucune progression dans la dilatation. Puis frissons, température à 39°8. Pouls à 116. On fait 1 c³ de morphine. Aucune modification des bruits du cœur.

Le 12-6-28 : Accouchement selon la méthode de Delmas.

Rachianesthésie avec 10 centigr. de novocaïne, 3 cm. de dilatation. Œdème du col.

A 22 h. 35 : Commencement de la dilatation bi-manuelle.

A 22 h. 40 : Application de forceps Tarnier en O. I. G. T.

A 22 h. 48 : Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.750 gr., ranimé après insufflation.

2 déchirures du col diamétralement opposées.

Périnée 2 crins profonds et 4 crins superficiels.

Délivrance naturelle et complète. Membranes déchirées fortement teintées de méconium. Suies de couches : phlébite du membre inférieur gauche.

APPLICATION DE G. P.

11 CAS

Indications tirées du fœtus. — 9 cas.

On intervint 4 fois pour souffrance fœtale.

Observation 463, année 27. Application de forceps chez une femme bacillaire depuis longtemps et qui présentait albumine, œdème et hypertension. On mit au monde un mort-né.

5 fois, il s'agissait de longueur du travail et défaut de progression de la tête fœtale.

Indications maternelles. — 2 cas.

On est intervenu 1 fois pour mauvaise paroi abdominale, et une fois pour bassin légèrement vicié. Dans l'observation n° 1363 de l'année 1929, le sacrum était accessible au loin et une pubiotomie avait été envisagée. Devant l'engagement spontané de la tête, M. Le Lorier fit une application de forceps qui réussit pleinement.

APPLICATION EN D. A.

16 CAS

Indications tirées du fœtus. — 14 cas.

Il s'agissait de souffrance fœtale due à la lenteur du travail.

Indications maternelles. — 2 cas.

1 fois pour dystocie des parties molles.

1 fois pour mauvaise paroi abdominale.

APPLICATIONS EN D. T.

34 CAS

Indications tirées du fœtus. — 30 cas.

Dans un cas, la mère présentait de l'albumine et de l'hypertension.

18 fois on intervint pour lenteur du travail et non progression de la tête. Dans l'observation n° 428, année 1927, il s'agissait en outre d'un léger rétrécissement du bassin et sommet mal fléchi en position intermédiaire entre G.P. et G.T. On fit deux applications de forceps. A la première application, la tête a tourné au moment où on introduisait la deuxiè-

mé cuillère. La seconde prise en G. T., fut solide. Après une rotation effectuée lentement, on put extraire un enfant en état de mort apparente et décédé 24 heures plus tard.

Indications maternelles. — 4 cas.

On intervient 3 fois pour éclampsie, 1 fois pour atonie utérine.

OBSERVATIONS

N° 1282. — Année 1925. — *Application de forceps après pubiotomie sur une tête maintenue haute par un bassin du type aplati et généralement rétréci.*

V pare à terme, entre à Boucicaut le 19 juillet 1925. Les membranes sont rompues spontanément, la tête est au-dessus du D. S. et semble déborder la symphyse.

Examen de M. Le Lorier. Présentation du sommet non engagé en D. T., sillon du cou à 9 cm. 5 au-dessus du pubis.

Au toucher, le col assez épais est dilatable comme une grande paume de main. On sent encore un petit sac membraneux, flasque au devant de la tête fœtale, celle-ci est très haute, non engagée, n'appuyant pas du tout sur le segment inférieur. La dilatation existante n'a certainement été obtenue que grâce à la poche des eaux. La tête est complètement fléchie, la suture sagittale assez rapprochée de la symphyse. La petite fontanelle est presque au fond du bassin. Le sacrum est accessible au loin à 10 cm. 7. Les lignes innommées sont entièrement explorables.

A 11 h. 45 : Pubiotomie suivant le procédé habituel. Aussitôt après l'incision du pubis on fait un demi cm³ d'hypophyse.

L'aiguille est introduite par une petite ponction de la grande lèvre gauche au ras de la branche ischio-pubienne à 3 cm. environ du sommet de l'arcuatum. Sous une poussée en même temps soutenue et retenue, elle franchit le plan aponévrotique. On abaisse aussitôt le manche de l'aiguille, dont la pointe racle la face postérieure du pubis, puis transfixe au ras du bord supérieur et en dedans de l'épine pubienne la paroi abdominale, venant faire saillie sous la peau qu'on débriade par une petite incision. En même temps que la scie, on adapte à l'aiguille un fil de bronze, de manière à parer éventuellement à une rupture de la scie. Il est ensuite sectionné avec facilité.

On s'assure ensuite que toutes les parties fibreuses ont été sectionnées. La scie et le fil de bronze sont alors retirés et on procède pendant 5 minutes, montre en main, à une compression minutieuse exercée à la fois sur la face postérieure du pubis, par le vagin, et directement sur la face antérieure. Quand cesse la compression, l'hémostase est parfaite et la malade n'a perdu que très peu de sang. Par abduction des cuisses et sous le contrôle de deux doigts appliqués sur le bord supérieur du pubis, on donne graduellement un écartement de 3 cm. A ce moment, on fait une injection de un demi cm³ d'hypophyse et M. Le Lorier, escomptant un accouchement rapide, profite de l'anesthésie pour faire une épisiotomie à droite de la ligne médiane. On cesse l'anesthésie et la femme est fixée avec les cuisses appuyées sur deux supports et l'abduction limitée par une bande de toile. A 17 h. 30, bien qu'une injection d'hypophyse ait été faite, comme la tête ne progresse pas depuis l'écartement du bassin au sommet duquel elle s'est amorcée presque immédiatement. M. le Lorier fait, sans plus attendre, une application de forceps. La tête est saisie de front à l'occiput, mais un peu de biais, la cuillère gauche venant se placer sur la moitié droite du pariétal. Néanmoins cette prise tient solidement et avec des tractions modérées, on franchit tout doucement le col imparfaitement

dilaté et on arrive à amener aisément la tête sur le périnée. Elle se dégage facilement en traverse, grâce à l'épisiotomie, sans qu'on ait tenté de faire une rotation.

L'enfant naît étonné et facilement ranimé avec quelques frictions à l'alcool. Il crie vigoureusement, son poids est de 3.500 gr.

Délivrance par extraction simple. Membranes déchirées avec rétention partielle de chorion et de caduque. Révision manuelle de la cavité utérine qui ramène les débris manquant et quelques caillots. Injection intra-utérine consécutive. Suture de la plaie de l'épisiotomie. Révision des parties molles ; aucune lésion.

Pose d'une sonde de Petzer dans la vessie.

Dès l'application du forceps, les genoux ont été rapprochés et maintenus dans cette position jusqu'à la fin.

APPLICATION EN D. P.

65 CAS

Indications tirées du fœtus, — 52 cas.

19 fois on est intervenu pour troubles de la circulation funiculaire.

32 fois il s'agissait de lenteur du travail et de défaut de progression compliquée ou non de souffrance fœtale.

Dans l'observation 1043, année 1929, le forceps fut appliqué dans la partie haute de l'excavation et on fit l'extraction en O. S.

Dans l'observation 2023, année 1928, 3 applications furent faites en D. P., les deux premières furent infructueuses, le forceps ayant dérapé. La troisième application permit l'extraction en O. S. Déchirure complète du périnée.

Dans l'observation 1221, année 1926, le bassin est légèrement touché, on fit une symphyseotomie pour excès de volume du fœtus.

INDICATIONS MATERNELLES. — 13 cas.

Indications obstétricales. — 7 cas.

On est intervenu :

1 fois pour inertie utérine.

1 fois pour rigidité musculaire du vagin et œdème de l'an.

1 fois pour brides vaginales.

2 fois pour faiblesse musculaire de la paroi.

1 fois pour résistance du périnée.

Dans l'observation 1621, année 29, la prise est oblique, du front à la mastoïde.

Indications médicales. — 6 cas.

2 fois il s'agit de tuberculose pulmonaire et 4 fois de fatigue maternelle entraînant l'arrêt des contractions.

OBSERVATIONS

Année 1925. — Obs. n° 621. — *Application de forceps dans l'excavation devant un engagement spontané de la tête dans*

un bassin vicié du type aplati et généralement rétréci (Une pubiotomie avait d'abord été décidée).

II-Père de 21 ans. Antécédents suspects de tuberculose (un frère décédé de bacillose pulmonaire).

Vient consulter à Boucicaut en 1924. Grossesse de 4 mois et demi environ. Sommet très mobile.

Le 23-3-25, nouvel examen. On constate de l'albumine et une tension artérielle de 13,7. Régime lacté absolu.

Entrée à la salle de travail le 4 avril 1925 à 22 h. Les contractions utérines sont très espacées. Sommet très mobile au-dessus de D. S.

Le lendemain 5 avril, la tête paraît descendre. La dilatation est à grande paume. Membranes intactes.

A 12 h. 30, la hauteur utérine est de 32 cm. Le sillon du cou est à 6 cm. au-dessus du pubis. Sommet hyperfléchi en D. T. Bosses pariétales surplombant la symphyse pubienne. Dilatation petite paume. Rupture artificielle des membranes, il s'écoule quelques gouttes de liquide amniotique clair.

A 13 h. 30, la tête ne progressant pas, M. Le Lorier décide de faire une pubiotomie, il constate une volumineuse bosse séro-sanguine. La dilatation est presque complète. Bassin aplati et généralement rétréci.

Tout étant prêt pour l'intervention, M. Le Lorier touche une dernière fois la femme et constate que la tête très allongée semble avoir franchi le D. S. Il fait faire un quart de cm³ d'hypophyse et attend. La femme tente des efforts d'expulsion et la tête descend un peu. M. Le Lorier se décide alors à faire une application de forceps sur une tête en O. I. D. P. presque en O. I. D. T., à la partie moyenne de l'excavation. La prise est oblique par rapport à la tête qui est saisie du front à la mastoïde. Le fœtus crie dès son extraction. Aucune lésion des parties molles. Garçon vivant du poids de 2.820 gr. Délivrance naturelle et complète.

Année 1926. — Obs. n° 1221. — *Application de forceps pour excès de volume du fœtus et bassin légèrement touché.*

On fait une symphyséotomie pour pouvoir extraire les épaules.

I-pare de 30 ans, amenée de ville à la Maternité sur le conseil de M. Le Lorier, qui croit d'abord devoir faire une pubiotomie pour excès de volume fœtal chez une femme en travail depuis près de 36 heures. Cependant, à la Maternité, il se ravise et tente d'extraire l'enfant par une application de forceps. La tête descend bien, mais à ce moment les épaules empêchent la descente. M. Le Lorier revient à sa première décision, fait une symphyséotomie à la manière de Zarate, et extrait alors facilement un gros garçon vivant de 4.650 gr. Cet enfant présentait une paralysie du bras gauche et mourut 2 mois après. Délivrance artificielle immédiate. Suites de couches fébriles. Phlébite gauche. Guérison, pas de troubles urinaires ni de troubles de la marche.

APPLICATION DE FORCEPS DANS L'EXCAVATION SUR UNE PRÉSENTATION DU FRONT 1 CAS

Année 1925. — Obs. 1595.

I-pare de 30 ans, entre à la salle de travail le 6 septembre 1925. La poche des eaux est intacte.

Au toucher on perçoit un pôle arrondi, pris pour un sommet, mais on ne peut percevoir ni fontanelle ni suture. La dilatation est comme 5 francs.

Dans la nuit les contractions sont assez espacées.

A 2 heures du matin, rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique verdâtre. A 9 heures du matin, la présen-

tation est descendue dans l'excavation sans atteindre le plancher périnéal. On constate qu'il s'agit d'une présentation du front avec une volumineuse bosse séro-sanguine saillante dans l'excavation.

A bout de doigt on reconnaît une cavité orbitaire en rapport avec l'épine pubienne. On n'atteint ni le menton, ni la bouche. La présentation est solidement fixée. Les bruits du cœur sont bons.

A 10 h., M. Le Lorier constate qu'il s'agit d'une face défléchie avec menton inaccessible.

Après anesthésie au chloroforme, on essaie de défléchir la tête pour transformer la présentation du front en présentation de la face. La manœuvre paraît impossible, ce qui sera expliqué après l'accouchement par un modelage considérable de la tête fœtale. L'anesthésie est continuée et on fait une application de forceps. Rotation de $1/8^{\circ}$ de circonférence pour amener la face derrière la symphyse. Des tractions modérées vers le bas font descendre la présentation sur le plancher périnéal. La tête est extraite face en avant. L'accouchement se termine ensuite facilement. Déchirure incomplète du périnée.

Délivrance spontanée en 10 minutes.

L'inspection des voies génitales révèle une déchirure légère de la fourchette et des lésions importantes du col.

L'enfant présente des déformations de la tête des plus caractéristiques d'une présentation du front.

APPLICATION DE FORCEPS DANS L'EXCAVATION SUR TÊTE DERNIÈRE

1 CAS

Année 1926. — Obs. 1672. — I pare de 46 ans, entre à la Maternité le 27 septembre 1926. M. Le Lorier l'examine et constate une dilatation à grande paume et une présentation

du siège en sacro-transverse gauche. On sent les bourses. Les contractions utérines sont faibles, les bruits du cœur sont bons.

Le lendemain, la dilatation est complète. M. Le Lorier va à la recherche d'un pied et abaisse le pied droit qui est le pied antérieur, le bon pied. La femme fait alors des efforts expulsifs qui font progresser le siège, et on abandonne l'accouchement aux seules forces de la nature. Les bruits du cœur sont bien frappés.

Au moment du dégagement de la hanche postérieure, Mlle Malbois constate un ralentissement des bruits du cœur et fait constater à Mlle Stentor qu'ils sont synchrones au pouls maternel. M. Le Lorier se hâte alors d'extraire le fœtus qui n'a pas de réflexes. La manœuvre de Mauriceau étant difficile, il fait en toute hâte une application de forceps sur la tête dernière. L'enfant ne put être ranimé. Déchirure périnéale profonde et superficielle.

Pendant l'extraction, M. Le Lorier avait confié le soin d'ausculter le fœtus à Mlle Malbois, de façon à pouvoir mener l'intervention avec lenteur et sécurité. Malheureusement Mlle Malbois ne s'est pas rendu compte de la disparition des bruits du cœur. A un moment donné, elle a pris les battements maternels pour les battements fœtaux et ne s'en est aperçue que trop tardivement. A ce moment, malgré la hâte apportée, le fœtus a été extrait sans battements cardiaques. L'adrénaline intracardiaque n'a donné qu'un réveil de bruits confus, faisant penser à de la fibrillation.

III

Applications de Forceps au détroit supérieur

Nous comptons six observations d'applications de forceps au détroit supérieur.

1 cas, après pubiotomie (obs. 140, année 1926), il s'agit d'un bassin légèrement rétréci.

1 cas, pour souffrance fœtale, due à une procidence irréductible du cordon (obs. 853, année 1926).

1 cas après symphyséotomie pour souffrance de l'enfant et fatigue maternelle (obs. 2279, année 1927).

1 cas pour souffrance fœtale chez une femme albuminurique. La prise fut irrégulière (obs. 1771, année 1928).

1 cas pour souffrance fœtale. Il s'agit d'une application du forceps au D. S. sur le 2^e enfant dans une grossesse gemellaire. Le premier enfant fut lui-même extrait par le forceps appliqué en O. P.

1 dernier cas où deux applications furent nécessaires — la première prise étant restée infructueuse — la dystocie était due à la brièveté naturelle du cordon qui mesurait moins de 30 cm. (obs. 934, année 1929).

OBSERVATIONS

APPLICATIONS DE FORCEPS APRÈS PELVITOMIE. — 2 cas

Année 1926. — Obs. 140. — *Application après pubiotomie.*

I pare de 32 ans, opérée d'une luxation congénitale de la hanche droite. Plus de boîtier après l'opération. Cette femme entre à Boucicaut le 24 janvier 1926. Elle fut envoyée par deux médecins de la ville. Après deux tentatives infructueuses d'application de forceps et avec la suggestion suivante : « Nécessité de basiotripsie ou opération de Portes ». A la maternité, Mlle Courrèges constate que les membranes sont rompues depuis 6 heures de temps. La tête est au-dessus de D. S. et déborde très légèrement la symphyse. L'utérus paraît être de volume normal, mais très dur, au moment des contractions. Les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, quoique bien frappés.

M. Le Lorier vient alors examiner cette femme. Il constate un très léger degré de viciation pelvienne. Il se trouve en présence de parties molles en bon état, le col utérin est très souple et facilement amené à dilatation complète. Le sommet est atteint au-dessus du D. S. et ne présente pas de modifications plastiques appréciables.

D'après les renseignements, cette femme aurait été suivie en ville, pendant sa grossesse et les premières heures de son accouchement par une sage-femme, qui, ayant gardé jusqu'au dernier moment l'espoir que l'accouchement se ferait spontanément, rompit les membranes au cours du travail, à un moment de dilatation encore inconnu. Voyant que la tête ne s'engageait pas, elle fit appel à un médecin du voisinage qui essaya d'introduire une branche du forceps, mais ne réussit pas.

Ce médecin appela à son secours le Dr Vignes, qui fit une application régulière au D. S., mais ne réussit pas à engager la tête. N'ayant pas de stéthoscope à sa disposition, il pensa

que l'enfant était mort et envoya la femme à Boucicaut en vue d'une basiotripsie.

A l'hôpital, M. Le Lorier ayant constaté que les bruits du cœur étaient satisfaisants, hésita pour savoir s'il intervenait par la voie haute ou par la voie basse. Un toucher lui fit constater que la tête était indemne (pas de fracture du crâne) et arrêtée au D. S. par un bassin modérément rétréci. Il s'agissait d'une O. I. G. T. mal fléchie.

Bien que la femme n'ait pas de température, comme elle avait été touchée plusieurs fois par des mains différentes, et, comme d'autre part, le col était complètement dilatable sans efforts, M. Le Lorier abandonna l'idée d'une intervention par la voie haute et décida une pubiotomie qui fut pratiquée à gauche de la ligne médiane, suivant sa technique habituelle.

Compte rendu opératoire. — Introduction de l'aiguille et passage de la scie sans incidents. Après l'incision du pubis, hémorragie abondante par les deux orifices de la plaie. Cette hémorragie s'arrête complètement après 5 minutes de tamponnements. L'écartement du pubis est alors porté à 3 cm. On applique le forceps suivant le diamètre occipito-frontal. La prise tient bien et la tête est amenée sur le périnée. On fait un demi cm³ d'hypophyse aussitôt l'instrument mis en place. La rotation n'est commencée qu'une fois le bassin mou bien distendu par la présentation. Elle est menée avec une très grande douceur et une longue épisiotomie gauche permet d'extraire la tête sans efforts dangereux pour la paroi antérieure du vagin.

Les cuisses de la mère avaient d'ailleurs été rapprochées sitôt le D. S. franchi.

L'enfant respire dès son extraction. Toutefois comme il ne crie pas, le cordon est sectionné entre deux pinces presque immédiatement. Une fois désobstrué, le fœtus commence à crier. Son poids est de 3.050 gr. Le cordon est fortement teinté de méconium.

Délivrance naturelle, membranes déchirées.

Suites opératoires. — 5 cm³ d'huile camphrée toutes les 3 heures. 25 cm³ de sérum. Le 12^e jour la marche est possible. Le 15^e jour la marche est devenue facile sans boiterie.

Année 1926. — Obs. 853. — *Application de forceps pour souffrance fœtale; Procidence irréductible.*

III-pare de 28 ans, entre à terme à la Maternité. L'examen révèle une tête en bas mobile au D. S. en O. I. G. T. Le sacrum est accessible au loin. La dilatation est comme 5 francs.

Rupture spontanée des membranes, liquide amniotique normal. 3 heures plus tard, les bruits du cœur deviennent soufflants. La femme fait des efforts expulsifs. On constate alors une procidence du cordon. Le cordon est animé de battements; on maintient la tête au D. S. pour éviter de coincer l'anse.

La tête est à ce moment en O. I. G. A. au D. S., la dilatation est à grande paume. Le cordon ne présentant plus que quelques rares battements, on essaie la rétropulsion manuelle sans résultats.

Anesthésie au chloroforme, application de forceps, prise directe facilitée par la souplesse des tissus, on évite de pincer le cordon.

On engagé la tête jusque sur le plancher périnéal, on lui fait faire une rotation et le fœtus est extrait en état de mort apparente. Il fut ranimé après 35 minutes de soins. Délivrance naturelle et complète, poids 770 gr.

L'enfant présentait un enfoncement du pariétal droit. M. Le Lorier incise une suture au bistouri, passe une sonde cannelée qui va redresser le pariétal. On suture avec une agraffe de Michel. L'enfant mourut 24 heures après.

Année 1928. — Obs. 1771. *Il s'agit d'une femme albuminurique hypertendue.* La dilatation est à petite paume, la tête est au D. S.

Le col étant dilatable, M. Le Lorier décide d'intervenir, en

faisant soit une version, soit un forceps au D. S. avec s'il est nécessaire des incisions du col. Les indications sont tirées de la lenteur de la période de la dilatation avec signes de souffrance évidente du fœtus.

Anesthésie au chloroforme. M. Le Lorier pratique délibérément une prise régulière par rapport au bassin et irrégulière quant à la tête qui est en O. I. G. T. au D. S. Le col est dilatable, des incisions ne sont pas jugées nécessaires, l'extraction est malaisée, compliquée par le bris du tracteur. D'autre part, le périnée cède jusqu'à la marge de l'anus, avant même que la tête ait présenté son plus grand diamètre à la vulve. Pour préserver le rectum, M. Le Lorier fait à gauche une épisiotomie complémentaire, le dégagement s'effectue en O. P. Enfant vivant teinté de méconium.

L'enfant ne présentait aucune lésion et quitta le service en bon état.

Réfection du périnée. Un point au catgut n° 2 sur le sphincter, un autre sur l'entame de la muqueuse anale avec du catgut n° 1.

Réfection de la paroi vaginale latérale gauche, par 2 points séparés en catgut n° 1 et un petit surjet. 3 crins rapprochent les 2 lèvres transversales de l'épisiotomie. 3 crins sur le périnée.

La délivrance se fit spontanément entre la réfection des muqueuses et celle du périnée proprement dit ; placenta et membranes verdâtres.

Année 1927. — Obs. 2279. Application après symphyséotomie.

Multipare de 32 ans. A son entrée à la Maternité, on constate un col œdématisé, une dilatation à grande paume, contractions utérines fréquentes, les bruits du cœur sont bons, mais devant la fatigue de la mère et des signes de souffrance du fœtus, Pellé décide une application de forceps. La tête est enclavée en D. S. en position O. I. G. T. Au cours des tractions

le forceps dérape, au toucher on constate un enfoncement du pariétal gauche. M. Le Lorier prévenu fait alors une symphysectomie sous-cutanée au bistouri, à la manière de Zarate.

1) Après repérage : ponction de la peau.

2) On attaque la moitié supérieure de la symphyse, puis la moitié inférieure. On dévie l'urèthre avec un doigt introduit dans le vagin, écoulement de sang presque nul, 3 cm.³ environ.

3) Après section et léger écartement, M. Le Lorier fait une application de forceps en O. I. G. T. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.900 gr., on fait alors un quart d'hypophyse.

Délivrance naturelle et complète pesant 350 gr., périnée intact.

Immédiatement après l'accouchement et la délivrance de la mère, M. Le Lorier se fait présenter l'enfant et constate un enfoncement dans la région temporo-pariétale gauche en cupule arrondie de 4 à 5 cm. de diamètre et 2 cm. de flèche par rapport à la configuration normale de la région. Après avoir vainement essayé le redressement par modelage puis au tirefonds, il fait une incision du cuir chevelu, le long de la grande branche du λ , incise la suture et glisse une sonde cannelée sous le pariétal. Le redressement de l'os s'obtient ainsi avec la plus grande facilité. Les suites furent très satisfaisantes. Pas de température, pas de cris plaintifs, pas de petits mouvements convulsifs.

Année 1929. — Obs. 934. Dystocie par brièveté naturelle du cordon.

II Pare de 36 ans : au toucher on sent à 3 travers de doigt du périnée une tête avec une bosse séro-sanguine, la dilatation est complète, cependant on remarque de l'œdème du col en avant et à droite. Devant la lenteur exagérée du travail, Mlle Pau tente une application de forceps tout à fait infructueuse, Sallé examine alors cette femme et constate une tête normale

avec bosse séro-sanguine. Le bassin est trouvé normal. Il pense alors que le passage de la tête du bassin dur dans le bassin mou sera facile.

Application du forceps au D. S. Tête mal fléchie en G. T., extraction d'un enfant vivant pesant 3.280, présentant un léger enfoncement du pariétal droit et un léger degré de paralysie faciale. On ne s'explique pas pourquoi cette tête normale dans un bassin très normal ne descendait pas davantage. Cependant on a remarqué une brièveté naturelle du cordon qui mesurait à peine 30 cm. L'enfant guérit de sa paralysie faciale. Délivrance naturelle et complète. Poids : 450 gr.

Sur 363 applications de forceps, nous relevons :

275 indications fœtales.

88 indications maternelles.

LES INDICATIONS FOETALES SE RÉPARTISSENT AINSI :

1° A LA VULVE 55 APPLICATIONS.

1 fois sur présentation de la face en M. P. (année 25, obs. 1804).

2° DANS L'EXCAVATION, 215 APPLICATIONS.

2 fois la prise fut oblique (obs. 2235, année 1927, obs. 1600, année 1925).

1 fois on fit une symphysectomie pour excès de volume de fœus (obs. 1221, année 1926).

1 fois pour présentation du front (obs. 1995, année 1925).

1 fois sur tête dernière (obs. 1672, année 1926).

3° AU DÉTROIT SUPÉRIEUR, 5 APPLICATIONS.

1 fois après symphyseotomie (obs. 2279, année 1927).

1 fois, prise irrégulière (obs. 1771, année 1928).

LES INDICATIONS MATERNELLES SONT RÉPARTIES DE LA FAÇON SUIVANTE :

1° A LA VULVE, 20 applications.

1 fois, dans un accouchement selon la méthode de Delmas (obs. 939, année 1928).

1 fois après pubiotomie (obs. 3253, année 1925).

DANS L'EXCAVATION, 67 APPLICATIONS.

1 fois après pubiotomie, la prise fut irrégulière (obs. 2328, année 28).

1 fois sur présentation de la face et symphyseotomie (obs. 2064, année 1926).

1 fois dans un accouchement selon la méthode de Delmas (obs. 1241, année 1928).

1 fois prise oblique fronto-mastoïdienne (obs. 621, année 25).

DÉTROIT SUPÉRIEUR, 1 application.

Faite après pubiotomie (obs. 140, année 1926).

DEUXIEME PARTIE

CONSÉQUENCES DES APPLICATIONS DE FORCEPS

Nous les étudierons d'abord pour le fœtus, puis pour la mère.

Nous étudierons les conséquences fœtales dans l'ordre suivant :

- 1° Mortinatalité.
- 2° Mortalité.
- 3° Lésions traumatiques (lésions de la boîte crânienne, paralysies, etc...).

Nous comprendrons les conséquences maternelles en :

- 1° Morbidité maternelle.
- 2° Mortalité maternelle.

Nous voulons parler, ici, de l'état de la mère et de celui de l'enfant après un accouchement au forceps. Nous ne distinguerons pas si les résultats tant ma-

ternels que fœtaux sont véritablement dus à l'intervention.

CONSÉQUENCES FŒTALES

1° MORTINATALITÉ, 19 cas.

4 fois il s'agissait de compressions funiculaires ; circulaires serrés (obs. 132, année 1925). Dans un cas le fœtus présentait du chevauchement des pariétaux (obs. 2071, année 1925 et obs. 1914, année 1929), procidence irréductible (obs. 1049, année 1929).

Dans l'observation 1043 de l'année 1926, l'application de forceps fut faite dans la partie haute de l'excavation pour œdème du col et non progression de la dilatation. Le fœtus fut extrait en O. S.

Dans l'observation 1415 bis, année 1926, la femme présentait un érysipèle de la face (obs. 890, année 1928). Le fœtus en état de syncope blanche ne fut pas ranimé.

Dans l'observation 1363 bis, année 1925, l'application paraît avoir été faite trop tardivement (voir obs. p. 28).

Dans l'observation 1672, année 26, l'application fut faite sur tête dernière (voir p. 39). Dans l'observation 2115, année 1926, une première tentative d'application ayant échoué, on eut recours à la ver-

sion podalique, mais la manœuvre de Mauriceau ne fut possible qu'après injection de morphine et sous anesthésie générale.

Pour ces 19 cas, le forceps fut appliqué.

4 fois à la vulve.

15 fois dans l'excavation.

Dans les observations d'applications de forceps au D. S., on ne relève aucun cas de mortinatalité.

MORTALITÉ, 9 cas

Dans 2 cas, l'enfant mourut 24 heures après sa naissance.

Dans l'observation 853, année 1926, l'application de forceps fut faite au D. S. et le fœtus présentait un enfoncement du pariétal droit (voir obs. p. 43).

Dans l'observation 428, année 1927, on fit 2 applications de forceps, il s'agissait d'un sommet mal fléchi, en position intermédiaire entre G. P. et G. T. et qui avait été ramené en T, à la première application, l'introduction de la première cuillère avait fait tourner la tête. La deuxième prise fut solide et permit l'extraction.

Dans le premier cas, la mort survint 36 heures après l'accouchement (obs. 442, année 1929).

Dans l'observation 2016, année 26, l'enfant mourut 8 heures après sa naissance, après avoir présenté de la raideur des membres et des convulsions des

globes oculaires, il n'y avait pas de tension des fontanelles, et l'auscultation n'a rien révélé.

Deux décès survinrent 5 jours après l'accouchement (obs. 917, année 27 et n° 558, année 1926).

Dans les deux cas, l'enfant mourut de bronchopneumonie (à noter que dans l'observation 917, année 1927, le crâne présentait du chevauchement des pariétaux).

Dans ces 9 cas : le forceps fut appliqué.

1 fois à la vulve.

7 fois dans l'excavation.

1 fois au détroit supérieur.

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Dans 3 cas, l'enfant présentait du chevauchement des pariétaux (obs. 463, 663 et 773, année 1925).

On observa 7 cas de paralysie faciale (observations 407 et 856, année 1925, 1014 et 1115, année 1926, 872, année 1927, 268, 934, année 1929, v. p. 26).

Dans 3 cas il s'agissait d'un enfoncement des pariétaux dont un compliqué de paralysie faciale (obs. 853, année 1926, 934 et 2279, année 1929).

Dans 3 cas, le forceps fut appliqué au D. S. Dans l'observation 2279, année 1929, la tête était enclavée au-dessus de D. S. et une première application fut infructueuse le forceps ayant dérapé. Un toucher ayant révélé l'enfoncement du pariétal gauche, M. Le Lorier eut recours à une symphyseotomie

Année 1926, obs. 1221 (résumé), grossesse près du terme chez une femme ayant un bassin rétréci.

Premières douleurs le 5 juillet 1926, le 7 juillet, dilatation 2 fr. Incision du col et application de forceps en D. T. Extraction assez facile de la tête, mais dystocie des épaules, extraction d'un enfant pesant 4650 grammes, ranimé après 15 minutes de soins, paralysie radiculaire du plexus branchial gauche. L'enfant meurt de pyodermite le 55^e jour.

Sur ces 14 cas le forceps fut appliqué :

- 1 fois à la vulve.
 - 10 fois dans l'excavation.
 - 3 fois au D. S.
-

CONSÉQUENCES MATERNELLES

1^o MORBIDITÉ MATERNELLE.

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES.

On ne relève que des déchirures périnéales au nombre de 155, ainsi réparties :

Déchirures incomplètes : 139 cas.

Déchirures complètes : 16 cas.

Dans 2 cas (obs. 939 et 1241, année 1928), la femme fut accouchée selon la méthode de Delmas, dans les 2 cas on nota 2 déchirures du col diamétralement opposées (voir ces observations pages 20 et 30).

B. HÉMORRAGIES POST-PARTUM, 2 CAS.

Dans 1 cas (obs. 823, année 1928) on dut faire une transfusion à la mère, les suites de couches furent satisfaisantes.

Dans l'observation 1211, année 1928, il faut noter la présence d'un fibrome bas situé, ayant remonté au cours de la gestation.

C) SUITES FÉBRILES, 54 cas.

Un cas de paramérite droite suppurée ayant nécessité un drainage, lavage, puis injection de nucléinate de soude intra-cervico-murale.

Phlébites, 3 cas.

(Obs. 1241, année 1928, 1122 et 2328, année 1929).

Dans un cas (obs. 1241, année 1928), l'accouchement avait été fait selon la méthode de Delmas, dans l'observation 1122, année 1929, la malade présentait une infection puerpérale (l'enfant mourut 10 heures après l'accouchement).

Une fois le forceps avait été appliqué après pubiotomie (obs. 2328, année 28).

Nous relevons 1 cas d'infection utérine.

Année 1925, obs. 132, 1 pare, 38 ans, hémorragie abondante pendant la grossesse ; le 31 janvier 1925, application de forceps pour souffrance fœtale. Le jour de l'accouchement, dans l'après-midi la femme ressent des douleurs dans le bas-ventre avec contracture, on pallie à cet état de choses par de la glace sur le ventre et de l'hémypnal, en suppositoires. Les

douleurs ne s'atténuant pas, on fait un cg de morphine.

Trois jours plus tard, la température atteint $41^{\circ}5$, le pouls est à 140, frisson de trois quarts d'heure.

On réchauffe la malade, todd, huile camphrée, compression des seins. Le lendemain, frisson d'une demie heure, température à 40° , pouls à 120. Passage à l'isolement. Glace sur le ventre. Injections chaudes vaginales. On répète ce traitement pendant 3 jours consécutifs.

Le 5 février, escharre lombo-sacrée compliquée d'abcès que l'on ouvre au thermocautère.

Le 20, nouveaux frissons et température à 40° . puis amélioration lente et progressive, et la malade sort guérie le 4 mars 1925.

Dans l'observation 1122, de l'année 29, il s'agissait d'une infection puerpérale à bacilles d'Ebert, compliquée d'une phlébite.

Nous citerons, pour être complet, un cas de folie puerpérale consécutive à un accouchement au forceps, l'application de forceps ne paraît pas devoir être mise en cause.

MORTALITÉ MATERNELLE

5 cas

Dans 2 cas (obs. 700 et 1862, année 1929) la mère présentait une tuberculose pulmonaire en évolution.

Dans l'observation 1089, année 1929, le décès est dû à une infection urinaire à la suite d'une intervention pour fistule vésico-utérine (1).

Dans l'observation 1194, année 1927, il s'agit d'une péritonite mortelle due à une déchirure du cul-de-sac postérieur.

Dans un cas (obs. 2593, année 1929), le décès fut consécutif à un shock obstétrical chez une femme présentant un placenta prævia.

OBSERVATIONS

Année 1927. — Obs. 1194.

I pare de 22 ans vient consulter à Boucicaut : présentation du siège transformé en sommet par version externe, dos à gauche, tête en bas, mobile, excès de liquide. Cette femme est envoyée chez la sage-femme agréée avec le diagnostic de sommet engagé, dos à gauche, dilatation petite paume, membranes intactes.

Quelques heures plus tard, Mme Arqué ramène la femme à Boucicaut pour lenteur de la période d'expulsion. La dilatation est complète depuis 4 heures de temps, les bruits du cœur sont bien frappés. On fait alors une application au forceps en G. T., rotation et extraction assez facile, enfant vivant, ranimé après 10 minutes, poids 3.450 gr.

La femme commence alors à saigner abondamment, l'utérus reste mou.

Délivrance artificielle. Au cours de l'intervention, Sallé constate une déchirure du cul-de-sac postérieur et une déchirure du col assez profonde.

M. Le Lorier prévenu suture à points séparés les déchirures

(1) Le décès remonte à plusieurs semaines après l'accouchement, la femme était alors depuis longtemps sortie de l'hôpital.

du col situées aux diamètres de 2 h. et de 8 h. La suture à 8 h. ne tient pas, les bords étant trop macérés.

Il existe en outre des délabrements vaginaux assez importants.

On place un gros drain dans l'orifice du col et un tamponnement serré dans le vagin. Le même jour le tamponnement est renouvelé 2 fois et imbibé d'antivirus streptococcique.

Le pouls est très rapide et on assiste à une chute momentanée de la température, le ventre se ballonne.

Le lendemain, 16 juin, la température est à 38°, le pouls est encore plus rapide, la soif est vive, le ballonnement augmente.

Le 17 juin l'état général cède. Le pouls est à 140, le facies est très altéré.

La mort survient brusquement au milieu de signes nerveux assez intenses.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Année 1929. — Obs. 2593. — *Application de forceps chez une primipare présentant un placenta prævia centro-partiel.*

Placenta prævia centro-partiel ne laissant libre que la partie droite de la dilatation ; tête engagée.

Suivant les indications de M. Le Lorier, on dilacère les membranes au ras du col dans les parties droites de la présentation.

Dilatation manuelle. — La dilatation une fois complète, la tête appuie fortement sur le plancher périnéal et on extrait le fœtus au forceps. Au moment où on terminait le forceps on s'aperçut que le femme avait un pouls à 130 et présentait de la pâleur de la face et du refroidissement des extrémités. Rapidement le pouls devient incomptable. Huile camphrée, caféine, hypophyse.

M. Dalsace prévenu fait une transfusion dès que le forceps est terminé.

Il transfuse au pli du coude 8 à 900 grammes de sang ; en même temps, on fait de l'adrénaline intracardiaque.

On tente la transfusion intracardiaque, puis de nouveau la transfusion intraveineuse. Malgré tous ces soins, la mort survient à 5 heures du matin.

CONCLUSIONS

1° De 1925 à 1929 inclus, il a été pratiqué à la Maternité de Boucicaut, 11115 accouchements dont 363 ont nécessité une application de forceps.

2° Six applications seulement ont été faites au détroit supérieur dont 2 après pelvitomie.

3° Cinq femmes sont mortes, soit : 1,4 pour cent de mortalité brute.

4° 19 enfants sont nés morts.

9 sont morts après la naissance, avant la sortie de la mère, soit 9,6 % de mortalité brute totale.

5° Le forceps employé a toujours été le forceps Tarnier.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

J. HENRY. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1924. — In Thèse Paris, 1926.

P. PIRY. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1925. — Thèse Paris, 1927.

LEJEUNE. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1926. — Thèse Paris, 1925.

SURPAS. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1927. — Thèse 1928.

JADLOVKER MALE. — Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1928. — Thèse 1929.

GUY POINCEAU. — La morbidité et la mortalité maternelles à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut pendant 5 ans (1914 à 1928). — Thèse Paris, 1929.

